

Obésité de l'adulte

Pr Jean-Louis SCHLIENGER, Dr Chantal SIMON

Service de médecine interne et nutrition
Hôpital de Hautepierre
67098 Strasbourg
jean-louis.schlienger@chru-strasbourg.fr

Points Forts à comprendre

- L'obésité est une maladie chronique entraînant une surmortalité. Elle est définie par un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 bien que l'accroissement du risque lié au surpoids débute au seuil de 25. Le risque cardiovasculaire est particulièrement accru en cas d'obésité viscérale (le périmètre abdominal dépasse 90 cm chez la femme et 100 cm chez l'homme).
- L'anamnèse pondérale, la connaissance des événements de vie, l'analyse du comportement alimentaire et de l'activité physique ainsi que l'évaluation psycho-comportementale sont les principaux éléments à rassembler avant d'envisager une prise en charge thérapeutique personnalisée.
- L'examen s'attache à rechercher des signes d'appel endocriniens en faveur d'une des rares maladies dont le phénotype comporte une obésité et à faire l'inventaire des comorbidités. Les explorations complémentaires visent surtout à apprécier les répercussions métaboliques, à confirmer une éventuelle cause hormonale et à préciser les comorbidités.
- La stratégie de prise en charge de l'obésité s'inscrit dans la durée. La correction de l'obésité justifie un accompagnement médical, diététique et psychologique prolongé sinon indéfini quel que soit le moyen thérapeutique utilisé.
- La prévention générale et ciblée repose sur un dépistage des sujets à risque. Elle est indispensable tant l'augmentation de la prévalence de l'obésité est préoccupante.

L'obésité est une maladie chronique à l'origine de complications entraînant une surmortalité ou aggravant le pronostic de pathologies associées. Sa prise en charge difficile et longue est indispensable, car elle est évolutive, sans tendance spontanée à la guérison. Elle a de plus un coût économique et social significatif. Les objectifs thérapeutiques sont bien

définis mais les moyens pour y parvenir sont encore imparfaits. Aussi, l'essentiel de l'effort doit-il porter sur la prévention en cette époque où la prévalence de l'obésité augmente fortement, notamment chez l'enfant. En France plus de 10 % des adultes sont obèses.

DIAGNOSTIC

■ Définition

En première approche, le diagnostic de l'obésité se fonde sur une définition basée sur l'indice de masse corporelle (IMC) ou *body mass index* (BMI) ou encore indice de Quetelet : poids en kg divisé par le carré de la taille en mètre (P/T^2).

Cet index est bien corrélé avec la masse grasse et traduit en pratique clinique le fait que l'obésité est un trouble de la composition corporelle due à un excès de masse grasse. Cette définition regroupe une grande variété de situations cliniques qui sont l'expression de la diversité des mécanismes physiopathologiques, de la variation de la répartition de l'excès de tissu adipeux, des conséquences morbides et des caractéristiques évolutives. Cette diversité est à prendre en compte pour proposer une stratégie thérapeutique pertinente et personnalisée.

L'indice de masse corporelle (IMC) s'applique aussi bien à la femme qu'à l'homme jusqu'à l'âge de 65 ans. Il est considéré comme normal jusqu'à 25. L'obésité débute au seuil de 30. Entre 25 et 29,9 il s'agit de surpoids.

L'IMC permet aussi une classification de l'obésité dont le but est de rendre compte du risque majoré de comorbidité et de mortalité (tableau I).

TABLEAU I

Classification des obésités d'après l'OMS (Organisation mondiale de la santé)

Classification	IMC	Risque de surmortalité ou de comorbidités
Référence	18,5-24,9	—
Surpoids	25,0-29,9	légèrement augmenté
Obésité		
■ I (modérée)	30-34,9	modérément augmenté
■ II (sévère)	35-39,9	fortement augmenté
■ III (morbide ou massive)	≥ 40	augmentation majeure, quasi inéluctable

■ Sémiologie

Une première approche fournit des éléments d'orientation quant à l'origine de l'obésité. L'hyperphagie relativisée par rapport au niveau de dépense énergétique, les troubles manifestes du comportement alimentaire (grignotage, compulsion alimentaire, boulimie), la prédisposition familiale, l'existence de facteurs psychologiques ou la prise de certains médicaments sont des caractéristiques importantes de l'obésité qui influenceront les choix thérapeutiques. Il reste, de principe, à éliminer les obésités secondaires, symptomatiques d'une autre affection.

1. Importance de la répartition du tissu adipeux

L'IMC rend imparfaitement compte de la réalité du risque de surmortalité et de comorbidité qui dépend davantage de la répartition du tissu adipeux que de l'inflation de celui-ci. L'excès de tissu adipeux au niveau abdominal et surtout intra-abdominal (graisse « viscérale ») est associé à une majoration du risque cardiovasculaire et des maladies métaboliques. Qualifiée autrefois d'obésité androïde et aujourd'hui d'obésité « abdominale » par rapport à l'obésité gynoïde ou « glutéale » où l'excès de masse grasse siège principalement en regard des fesses et des cuisses, cette caractéristique importante est définie par un tour de taille (mesuré à mi-distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le rebord costal sur la ligne axillaire) supérieur à 100 cm chez l'homme et 90 cm chez la femme. La mesure de ce paramètre anthropométrique doit compléter systématiquement l'IMC pour mieux préciser la nature des risques auxquels est exposé un sujet obèse.

Il existe d'autres moyens de préciser l'importance et la répartition de l'excès du tissu adipeux. Ils n'ont pas d'application en routine clinique mais contribuent à mieux décrire les différents phénotypes de l'obésité. L'impédancemétrie qui mesure la résistance du corps à un courant électrique de faible amplitude permet d'estimer la masse grasse. L'absorptiométrie biphotonique (DEXA) utilisée pour mesurer la densité osseuse précise de façon simple, directe mais coûteuse, la part des différents compartiments corporels. Le scanner abdominal (une coupe transversale) permet de mesurer la graisse intra-abdominale.

La sémiologie de l'obésité ne se limite pas aux mesures de l'IMC et du tour de taille, données validées à l'échelle d'une population et indicateurs de risque. Elle s'attache à spécifier les caractéristiques d'un individu, à apprécier les complications et à mettre en perspective les objectifs et la stratégie thérapeutique appropriée. L'anamnèse est aussi fondamentale que l'examen clinique. La première retrace l'histoire pondérale, socioculturelle et médicale du patient, son mode de vie, son environnement, le mode d'installation et d'évolution de l'obésité. Le second recherche des signes en faveur d'une étiologie particulière ou témoins de complications ou de comorbidités. Il en est de même des examens complémentaires.

2. Anamnèse pondérale

Idéalement, elle précise l'impact des événements de vie sur la courbe de poids et situe le début de celle-ci. Il est utile de connaître le poids de naissance, l'âge au moment de l'installation du surpoids, le poids maximal et le poids minimal à l'âge adulte, les circonstances déclenchantes présumées de la prise de poids. Les tentatives de maîtrise du poids, leur nature, leur date, leur durée, leur efficacité et le nombre d'échecs ou de rechutes sont d'autres éléments intéressants. Il est important de savoir si le patient est en phase d'obésité dynamique, c'est-à-dire en phase d'acquisition de poids au moment de la consultation, ou s'il est en période de stabilité pondérale.

Les antécédents familiaux d'obésité et la précocité de la prise pondérale sont en faveur d'une contribution génétique notable. La coïncidence entre les événements de vie (puberté, échecs, rupture, déménagement, modification de la situation familiale ou professionnelle, grossesses, ménopause, contraception, maladies) et la prise de poids éclaire également l'enquête étiologique.

3. Analyse du comportement alimentaire

C'est une étape importante de l'examen d'un obèse. Elle a plusieurs objectifs : rechercher des troubles du comportement alimentaire et situer le niveau de la consommation extrapandiale ; estimer l'importance des apports énergétiques et la densité énergétique (teneur lipidique), connaître la fréquence des prises alimentaires et la structure des principaux repas. Sans recourir aux enquêtes alimentaires élaborées, il est nécessaire d'avoir une vision d'ensemble sur le comportement nutritionnel tout en sachant que les sujets en surpoids ont tendance à sous-estimer les apports. Les apports alimentaires extrapandiaux sont particulièrement difficiles à estimer. Ceux-ci ne peuvent d'ailleurs être inférieurs à 1,2 fois la dépense énergétique de repos. Le recours à une diététicienne ou à un nutritionniste peut être nécessaire pour s'affranchir de ce biais et connaître avec plus de précision la réalité des apports énergétiques.

4. Estimation de la dépense énergétique

Elle est moins approximative. Connaissant la dépense énergétique de repos (calculée à l'aide d'équations ou mesurée en calorimétrie indirecte), il est possible de calculer la dépense énergétique totale en prenant en compte le sexe et le niveau d'activité physique (léger, modéré, intense). Des questionnaires spécifiques contribuent à l'évaluation de l'activité physique.

5. Évaluation psychocomportementale

Au-delà des événements de vie déjà décrits, dont les répercussions pondérales peuvent être considérables par la déstabilisation comportementale favorisant une alimentation de compensation, un certain nombre de traits psychopathologiques peuvent favoriser la constitution d'une obésité. L'anxiété est souvent atténuée par les prises alimentaires multiples. Les états dépressifs modérés et la fatigue réduisant l'activité physique

prédisposent à la prise de poids. Le ressenti du stress, les sentiments d'insatisfaction, l'autodépréciation peuvent conduire à un comportement alimentaire perturbé, où la prise alimentaire a valeur de refuge, de satisfaction simple et immédiate. Chez l'adolescent le comportement de restriction cognitive abusif suscité par l'insatisfaction de son physique est source de prise de poids. Le sentiment de culpabilité né des dérapages alimentaires, l'insatisfaction due à l'impossibilité de contrôler les prises alimentaires et le poids entraînent un sentiment d'échec qui accentue encore les troubles et majore la prise pondérale en un véritable cercle vicieux. L'analyse fine de ces troubles rend souhaitable l'intervention d'un psychiatre ou d'un psychologue.

6. Médicaments

Certains favorisent une prise pondérale lorsqu'ils sont consommés de façon chronique. Les neuroleptiques, le carbonate de lithium, les antidépresseurs tricycliques, les antagonistes de la sérotonine, les sulfamides hypoglycémisants, les glitazones et l'insuline sont les plus connus. La corticothérapie prolongée favorise davantage une répartition androïde du tissu adipeux que le gain pondéral net lorsque l'appétit est contrôlé.

7. Sevrage

L'arrêt du tabac est à l'origine d'une fréquente prise de poids de l'ordre de 5 à 6 kg à la fois pour des raisons métaboliques et de compensation. D'autres sevrages – alcooliques ou toxicomaniaques – peuvent être suivis d'un rebond pondéral pouvant aller jusqu'à l'obésité, témoignant d'un comportement addictif avec transfert sur la nourriture.

■ Caractéristiques des obésités secondaires

- **L'hypométabolisme de l'hypothyroïdie** est à l'origine d'une diminution de la dépense énergétique dont les conséquences en termes de gain pondéral sont limitées par une diminution de l'appétit. La prise de poids reste souvent modérée, diffuse. L'infiltration myxœdémateuse, la bouffissure du visage, associées aux autres signes de la série hypothyroïdienne, sont évocateurs à la phase d'état.
- **L'hypercorticisme** (Cushing) central ou périphérique est responsable d'une prise pondérale parfois importante avec une répartition particulière du tissu adipeux. L'obésité facio-tronculaire contraste avec une amyotrophie prédominante à la racine des membres qui ont un aspect paradoxalement grêle. Érythrose faciale, hirsutisme, vergetures larges et colorées dans les flancs, apparition d'un diabète et de troubles de l'humeur sont contemporains de la prise de poids.
- **L'insuffisance hypothalamique** lésionnelle ou post-chirurgicale (notamment en cas de craniopharyngiome) est une autre cause d'obésité parfois majeure par hyperphagie et perte de la sensation de satiété.
- **Dans le syndrome des ovaires polykystiques** caractérisé cliniquement par un hirsutisme et une spanioménorrhée, l'obésité faciotronculaire est fréquente.

- **Le syndrome de Klinefelter** associe volontiers une obésité gynoïde à l'hypogonadisme et à la gynécomastie.
- **Les obésités accompagnant des affections génétiques** sont rares. Elles surviennent souvent dès l'enfance. Mentionnons le syndrome de Prader-Willi (hypogonadisme, hypotonie, acromicrie, scoliose et troubles intellectuels), de Bardet-Biedl (avec rétinite pigmentaire, hypogonadisme, polydactylie), d'Alström (hypogonadisme, cécité, surdité), d'Albright (diabète par insulino-résistance majeure et cécité), les exceptionnels déficits en leptine et les anomalies des récepteurs à la leptine.

■ Examens complémentaires

Le bilan biologique est limité aux paramètres qui contribuent à préciser les répercussions en termes de risque ou de comorbidité : la glycémie à jeun, le bilan lipidique comprenant le cholestérol total, les triglycérides, l'HDL-cholestérol et le calcul du LDL-cholestérol, l'acide urique et les γ -GT. Aucun autre bilan ne se justifie dans l'obésité commune. Le bilan endocrinien s'impose en présence de symptômes évocateurs : TSH en cas de signes compatibles avec une hypothyroïdie, cortisolémie et cortisolurie pour éliminer un hypercorticisme. Les dosages d'insuline ou de leptine n'ont pas d'indication en routine clinique.

Les autres examens complémentaires ne sont pas systématiques. L'électrocardiogramme est indispensable en cas d'autres facteurs de risque cardiovasculaire associés. Le dépistage d'un syndrome d'apnée du sommeil est à préconiser en cas d'asthénie, de somnolence diurne et de ronflements marqués, les épreuves fonctionnelles respiratoires étant réservées aux atteintes respiratoires symptomatiques. Il est présent dans près de 50 % des cas lorsque l'IMC dépasse 40. D'autres examens complémentaires sont à réserver à l'exploration de manifestations symptomatiques des complications. Les explorations des compartiments corporels ou du métabolisme énergétique sont à réserver à la recherche.

■ Complications

L'obésité est une maladie du fait des complications qui ponctuent son évolution et parce qu'elle est un facteur associé de façon indépendante à une mortalité précoce. Cette relation est observée surtout dans l'obésité abdominale qui prédispose aux complications métaboliques et à l'hypertension artérielle (HTA). Elle est beaucoup plus modérée dans l'obésité gynoïde.

1. Pathologie cardiovasculaire

L'excès de poids avec adiposité abdominale est associé à un risque accru d'événements coronaires, d'insuffisance cardiaque et d'hypertension artérielle. L'obésité abdominale ou androïde est un facteur de risque indépendant des maladies cardiovasculaires.

2. Complications respiratoires

En dehors de la dyspnée d'effort secondaire aux répercussions directes de l'excès de poids sur la compliance thoracique et pulmonaire et l'hypoventilation alvéolaire,

c'est le syndrome d'apnée du sommeil qui est la complication la plus remarquable. Présent dans plus de 25 % des cas d'obésité sévère, il a des répercussions sur la vie sociale, la sécurité et favorise l'installation d'une hypertension artérielle et d'une hypertension artérielle pulmonaire.

3. Complications métaboliques

- **Le diabète de type 2** : l'insulinorésistance marquée dans l'obésité abdominale, même modérée, favorise l'apparition d'un diabète. La prévalence du diabète de type 2 est multipliée par 3 chez les sujets obèses. Il existe une susceptibilité génétique commune au diabète et à l'obésité. Plus de 50 % des diabétiques sont obèses.

- **Les dyslipidémies** sont fréquentes en cas d'obésité abdominale. Il s'agit surtout d'hypertriglycéridémies ou de dyslipidémies mixtes caractérisées par une baisse du HDL-cholestérol et une augmentation des LDL petites et denses particulièrement athérogènes.

- **Le syndrome plurimétabolique** (ou syndrome X) est fréquent. Il associe une obésité abdominale, une insulinorésistance avec intolérance glucosée ou diabète, une dyslipidémie athérogène, une hyperuricémie, une diminution de la fibrinolyse et une hypertension artérielle. Il expose à un haut risque cardiovasculaire.

4. Complications ostéo-articulaires

Mécaniques, dominées par la gonarthrose et les lombalgies, elles sont responsables d'une altération de la qualité de la vie et du handicap. Elles sont particulièrement sévères dans les obésités sévères.

5. Complications hépato-digestives

La lithiase biliaire est plus fréquente chez la femme obèse. La stéatose hépatique est quasi constante dans l'obésité abdominale et peut exposer à des complications évolutives hépatiques (NASH – pour *non alcoholic steato-hepatitis syndrome* – ou stéatose hépatique non alcoolique).

Le reflux gastro-œsophagien est fréquent.

6. Perturbations endocriniennes

L'hyperœstrogénie et ses conséquences hyperplasiques sur le sein et l'endomètre est plus fréquente dans l'obésité. Indépendamment du syndrome des ovaires polykystiques l'obésité peut être à l'origine d'une dysovulation et d'une hypofertilité.

7. Autres complications somatiques

Le risque relatif de cancer est augmenté : cancer du sein et de l'endomètre chez la femme, cancer colique et de la prostate chez l'homme.

Les risques anesthésiques et périopératoires sont majorés. Les troubles de la circulation de retour favorisent les incidents veino-lymphatiques et leurs répercussions dermatologiques (dermo-épidermites). Le risque de thrombose profonde est accru.

Les problèmes cutanés sont plus fréquents : intertrigo, macération des plis, lésions des pieds avec surinfection. Des complications rénales à type de glomérulosclérose segmentaire et focale ont été décrites.

8. Répercussions psychosociales

Elles sont considérables. L'altération de la qualité de la vie, la gêne fonctionnelle ressentie dans la vie quotidienne, la discrimination sociale notamment dans le monde du travail sont à l'origine d'une mésestime de soi et d'altération de l'image du corps. Il en résulte un sentiment d'incapacité à l'origine d'une mise en invalidité plus fréquente pour raisons médicales.

MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

Les facteurs étiopathologiques de l'obésité sont encore, pour certains, mal identifiés et mal compris. Les modèles animaux d'obésité génétique ou expérimentale n'expliquent guère l'obésité humaine qui est multifactorielle avec une importance très variable de chaque facteur selon les individus (tableau II).

TABLEAU II

Sujets et situations à risque de prise pondérale excessive

- Antécédents familiaux d'obésité
- Variations pondérales répétées
- Arrêt du tabac
- Interruption d'une activité sportive
- Grossesse, ménopause, hystérectomie
- Traitement par corticoïdes, antidépresseurs, neuroleptiques, œstrogénostatifs
- Fragilité psychosociale
- Certaines pathologies : hypothyroïdie, hypercortisolémie, lésions hypothalamiques
- Syndrome dépressif

■ Facteurs génétiques

L'influence de facteurs génétiques a été démontrée à partir d'études portant sur des paires de jumeaux, sur des registres d'adoption (pour faire la part de l'inné et de l'acquis) et sur des familles. Le degré d'hérédité de l'excès de masse grasse est de l'ordre de 25 à 40 %, celui de l'obésité abdominale de 50 %.

Les obésités monogéniques reproduisant certains modèles animaux sont tout à fait exceptionnelles chez l'homme (mutation du gène de la leptine ou de son récepteur MC4R) et se traduisent par des super obésités d'installation très précoce. Dans d'autres cas, l'obésité est un symptôme faisant partie d'un syndrome correspondant à des anomalies congénitales. Dans la grande majorité des cas la génétique détermine une susceptibilité à l'obésité. Les gènes de susceptibilité sont nombreux et probablement associés. L'hérédité est polygénique, même

si 70 % des sujets obèses ont au moins un parent obèse. Elle détermine divers paramètres énergétiques : dépense énergétique de repos, effet thermogène des aliments, coût calorique de l'effort, comportement alimentaire. Elle contribue aussi à l'aspect phénotypique de l'obésité : distribution du tissu adipeux, masse grasse totale et à un moindre degré le tissu adipeux sous-cutané. Au total, l'expression phénotypique dépend souvent d'une interaction des facteurs de l'environnement (alimentation, stress, dépense énergétique) avec ces gènes. De plus, il est vraisemblable que certains gènes coopèrent pour l'apparition de l'obésité abdominale, du diabète, des dyslipidémies et de l'hypertension artérielle.

Dans le futur, l'identification de variants géniques devrait permettre de déterminer la prédisposition d'un individu à prendre du poids en fonction du contexte environnemental.

■ Balance énergétique

1. Apport énergétique

La composition en macronutriments de l'alimentation et les troubles du comportement alimentaire contribuent à la prise de poids. Souvent méconnus ou sous-estimés, ces différents facteurs participent de façon variable d'un individu à l'autre au bilan énergétique positif. L'excès d'apport énergétique est souvent difficile à cerner par l'enquête alimentaire. Il existe une grande inégalité des individus vis-à-vis du risque de gain pondéral face à un apport énergétique comparable. L'excès d'apport est rarement massif ; pourtant, cumulé sur des années, il peut être à l'origine d'une obésité considérable. Le seuil énergétique à partir duquel le bilan énergétique se positive est une notion purement individuelle expliquant qu'un gain pondéral soit possible avec un apport énergétique situé dans la moyenne. Il dépend bien sûr de la dépense énergétique.

- **Une densité énergétique élevée** du fait d'une augmentation de la part des graisses par rapport aux autres macronutriments favorise la constitution de l'obésité. Les lipides ont un faible effet satiétogène et une faible capacité à promouvoir leur propre oxydation alors que le contenu énergétique du repas est augmenté.

- **La consommation interprandiale**, la destruction des repas ou la suppression du petit déjeuner désynchronisent la prise alimentaire, accroissent l'apport énergétique et aboutissent à un excès de stockage.

- **La part de la consommation d'alcool** ne doit pas être négligée dans le bilan énergétique, d'autant qu'elle s'ajoute habituellement aux autres apports.

- **Les troubles du comportement alimentaire** sont souvent à l'origine de prises alimentaires incontrôlées et sans faim, qui échappent aux enquêtes alimentaires. Leur support est psychologique ou, exceptionnellement, lésionnel (atteinte hypothalamique). Dans certains cas s'installe une addiction à certains aliments ayant des qualités organoleptiques particulières (chocolat) souvent renforcée par un comportement de restriction alimentaire.

2. Dépense énergétique

Elle est un autre paramètre variable d'un individu à l'autre, contribuant de façon déterminante au bilan énergétique, tant l'importance est bien démontrée par les études prospectives. La sédentarité est un facteur majeur de risque de poids. Le style de vie moderne y prédispose tout en augmentant l'offre alimentaire. À titre d'exemple, le temps passé devant la télévision est corrélé avec les indices de sédentarité et avec l'IMC.

- **La dépense énergétique de repos** ou métabolisme de base dépend largement de la masse maigre qu'il convient de préserver par une activité physique régulière pour réduire la diminution de la dépense énergétique de repos avec l'âge, à hauteur de 5 % par décennie. L'activité physique favorise l'oxydation lipidique et contribue à adapter la balance énergétique à un niveau satisfaisant. Le coût énergétique de l'effort musculaire dépend en partie de facteurs génétiques tout comme le niveau de la thermogenèse post-prandiale ou de la dépense énergétique de repos.

- **Un déficit de thermogenèse post-prandiale** a été décrit au cours de l'obésité. Il prend toute son importance en cas de suralimentation. Des travaux sont en cours pour préciser le rôle des protéines découplantes (UCP pour *uncoupling protein 1*) dans la thermogenèse post-prandiale chez l'homme où une association entre l'obésité et certains polymorphismes de l'UCP a été décrite. Il est probable que divers facteurs hormonaux ou pharmacologiques seraient à même de modifier l'expression de ces protéines clés du métabolisme énergétique et de l'oxydation mitochondriale dans le muscle et le tissu adipeux.

Si la balance énergétique est à l'évidence déséquilibrée dans l'obésité en phase de constitution, les moyens de préciser le ou les facteurs en cause sont encore bien limités. Aussi faut-il tenter d'agir à la fois sur les apports et les dépenses énergétiques, sans méconnaître l'impact des déterminants psychologiques et socioculturels.

■ Environnement

Le style de vie a des répercussions importantes sur les habitudes alimentaires et l'activité physique. L'industrialisation et l'urbanisation réduisent la dépense énergétique. L'organisation du travail continu, le travail des femmes et l'emprise des loisirs laissent un temps limité à la prise de repas structurés. La mode de l'alimentation rapide participe à la diminution des consommations de fruits, de légumes et de glucides complexes et incite à augmenter celle de graisses et de sucres rapides. Les préparations industrielles ont souvent une forte densité énergétique et concourent à déséquilibrer la balance énergétique.

■ Comportement

Les facteurs psychopathologiques participent à l'installation de troubles du comportement alimentaire. La prise pondérale est souvent contemporaine d'un événement de vie marquant avec modification des habitudes alimentaires

ou de l'activité physique. L'alimentation de compensation d'un état anxiodépressif plus ou moins larvé aboutit à une hyperphagie ou à un grignotage avec obésité de type comportemental. Les stress sont à même de perturber la régulation pondérale en interférant sur les systèmes neuro-endocriniens. Les répercussions psychologiques de l'obésité constituée représentent un élément d'aggravation des troubles du comportement qui avaient contribué à l'installer – la charge émotionnelle des contraintes de la vie active suffit à enclencher ces mécanismes. D'un certain point de vue, l'obésité apparaît comme réactionnelle. L'ensemble de ces facteurs faisant la part belle à la fois à l'environnement et à la susceptibilité génétique sont largement intriqués. Les troubles du comportement alimentaire sont souvent peu apparents et les tests psychométriques décèlent surtout une grande « émotivité alimentaire » à l'origine d'une déstructuration alimentaire. Mais le problème de fond demeure : quelle que soit l'inégalité entre les individus, l'obésité est toujours la conséquence d'un bilan énergétique positif. L'examen d'un sujet obèse doit s'attacher à reconnaître les mécanismes prépondérants afin de mettre en place la stratégie thérapeutique la plus adaptée.

PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

La prise en charge de l'obésité, maladie chronique, se fait dans la durée avec des objectifs variables selon le stade et l'ancienneté de l'obésité : corriger un surpoids pénalisant d'éventuelles comorbidités, empêcher l'évolution de l'obésité, réduire le poids de 10 % et maintenir la perte pondérale, diminuer la fréquence des complications tout en les traitant de façon spécifique.

La première étape de prise en charge passe par la prévention dans l'ensemble de la population et plus particulièrement chez les sujets à risque de gain pondéral. Le niveau d'intervention sera différent selon que l'on se trouve en situation de prévention primaire ou secondaire par rapport aux principales complications. Au-delà d'une action spectaculaire recherchée par les patients, c'est le long terme qui est visé en prenant en compte la complexité et l'intrication des déterminants physiopathologiques (v. [Pour approfondir](#)).

Mesures préventives

Bien que la population française soit relativement préservée par rapport à d'autres pays développés, les indicateurs de tendance – augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant, internationalisation du style alimentaire, déstructuration alimentaire – font craindre un accroissement prochain de la prévalence et justifient des actions à l'échelle de la population. Des actions de prévention, relayées par des organismes chargés de l'éducation pour la santé, par les médias et par les éducateurs sont à soutenir par les professionnels de santé, éventuellement sous l'égide du Plan national nutrition santé (PNNS). Les campagnes de prévention n'ont de

sens que si elles sont réalistes et évaluées. Elles doivent avoir des objectifs clairs et simples et éviter de favoriser l'installation de troubles du comportement alimentaire ou de carences. Leurs objectifs principaux sont l'augmentation de l'activité physique, la diminution des consommations alimentaires interprandiales tout en préservant un modèle alimentaire où la diversification et la convivialité ont leur place.

La prévention ciblée suppose un dépistage des sujets chez qui le risque de prendre du poids est important. Elle s'appuie sur une action personnalisée dont le but est de modifier les comportements en fonction des habitudes. Elle est une obligation lors de l'existence de maladies dont le pronostic est aggravé par l'installation d'une obésité : diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, etc.

Traitement

Son but est de contrôler le poids afin d'améliorer la qualité de vie et de traiter les complications. Les différentes possibilités thérapeutiques sont utilisées en veillant à ne pas induire de troubles du comportement alimentaire ou de carences, à ne pas susciter de frustrations excessives et en évitant de fixer des objectifs pondéraux irréalistes sanctionnés inéluctablement par des échecs dont la répétition est à l'origine d'une autodépréciation confinante à la dépression et aboutissant à un renforcement de la maladie. La notion de poids idéal est à rejeter.

1. Objectifs

En tout premier lieu il s'agit d'interrompre l'augmentation de la prise de poids, le plus précocement possible, car l'obésité a une tendance spontanée à l'aggravation.

Une diminution de 5 à 15 % du poids est un autre objectif, souvent réalisable, apportant un bénéfice important en termes de prévention des complications, voire de leur traitement. Une perte supplémentaire n'est à envisager qu'en cas d'obésité massive à l'origine d'un handicap. La perte de poids étant obtenue, l'essentiel est de maintenir le poids acquis par divers moyens où dominent l'activité physique, l'organisation alimentaire et le soutien psychologique.

Au total, ces objectifs, qui paraissent bien modestes en regard des attentes des patients qui rêvent de poids idéal retrouvé en quelques semaines, s'avèrent réalistes et souvent suffisants en termes de gestion de risque et d'amélioration de la qualité de vie. Ils sont à même de préserver l'équilibre nutritionnel et psychologique et peuvent s'inscrire dans la durée en évitant la rechute, l'aggravation de l'obésité et le renforcement des troubles du comportement alimentaire. Reste à faire partager ce point de vue aux patients, ce qui est loin d'être facile. Seule une prise en charge globale et de longue durée a quelques chances de succès. Il n'y a pas de recette miracle. Il faut préparer le patient à l'idée qu'après une phase initiale de perte de poids assez rapide une phase de stabilité s'installe à un niveau médicalement satisfaisant – mais bien au-dessus des espérances du

patient – et qu'il doit être maintenu au prix d'une vigilance alimentaire constante sans tomber dans le piège de restrictions alimentaires excessives génératrices d'hyperphagie compensatrice.

2. « Régime »

La prescription diététique est un exercice difficile qui doit être personnalisé tout en appliquant des principes comportant une réduction de l'apport énergétique afin d'obtenir un bilan énergétique positif et un réassemblage des macronutriments sans sacrifier l'équilibre et la diversité alimentaire ni induire de troubles des comportements alimentaires. Elle doit être adaptée à chaque situation et intégrée à une prise en charge globale comportant une information et une éducation nutritionnelle, une approche comportementale et un programme d'activité physique. Elle est le pivot de la prescription et s'inscrit dans le long terme avec une modification durable des habitudes alimentaires. L'apport du savoir-faire d'un(e) diététicien(ne) est essentiel pour le succès de cette action thérapeutique incontournable.

Les règles de la prescription diététique privilégient les régimes peu restrictifs. Elles assurent la diversité alimentaire et la structure des repas ; elles sont personnalisées en se fondant sur les habitudes alimentaires et les données de l'enquête alimentaire, incitent à la convivialité et à une alimentation prise lentement et dans le calme, maintiennent une alimentation cuisinée et savoureuse, réduisent l'apport énergétique de un quart à un tiers des apports antérieurs, c'est-à-dire d'environ 400 à 600 kcal sans descendre en dessous de 1 200 à 1 400 kcal/j.

• **Les régimes personnalisés** peu restrictifs proposent des apports caloriques couvrant les deux tiers de la dépense énergétique. Cette prescription permet de respecter les règles de la prescription diététique et contribue à corriger les principaux troubles du comportement alimentaire ou, du moins, ne les aggrave pas. Elle est socialement et psychologiquement acceptable et compatible avec une observance au long cours. Sa mise en place nécessite une vraie prescription, écrite, et devrait être soutenue par une pédagogie propre aux maladies chroniques. Ce type de régime tolère quelques écarts festifs ; il est acceptable par tous – sauf à considérer les quantités prescrites – au sein d'une famille. La prescription suffisamment détaillée pour être réaliste doit éviter l'excès de technicité et privilégier les unités de mesures ménagères plutôt que le décompte des calories. Elle doit se décliner sur le mode des repas avec une mise en scène des classes alimentaires. Contrairement à une opinion répandue les glucides complexes sont privilégiés de même que les fruits et les légumes parce qu'ils sont les vecteurs d'apports qualitatifs intéressants (fibres, micronutriments) et parce qu'ils réduisent la densité énergétique. Les graisses ajoutées et de structure (charcuterie, certaines viandes et certains laitages) sont à réduire systématiquement. Le choix des modes de préparation contribue à diminuer les apports lipidiques et il faut inciter à l'utilisation de gril, de cuiseur à la vapeur, de four à micro-ondes et d'ustensiles

antiadhésifs. Les boissons sucrées et alcoolisées sont à éviter de même que les apéritifs (et l'alimentation ludique qui les accompagne). Le fruit est le dessert idéal. Ces régimes peu restrictifs sont à préconiser au long cours. Aussi est-il indispensable de répartir les macronutriments en accord avec des recommandations validées pour la prévention des maladies cardiovasculaires et d'obtenir une répartition comportant un apport glucidique couvrant 50 à 55 % des apports énergétiques totaux et des apports lipidiques à hauteur de 30 à 35 % en veillant à réduire tout particulièrement la part des acides gras saturés. Le recours aux substituts de repas doit être accepté avec réticence et dans une optique pratique, en sachant que ce type de prescription va à l'encontre de l'éducation nutritionnelle et de la recomposition souhaitable des habitudes alimentaires.

• **Les régimes avec restriction alimentaire sévère :**

- à bas niveau calorique (800 à 1 200 kcal/j), ils situent délibérément les apports en dessous des dépenses de repos. Proposés d'emblée ils entraînent une perte pondérale rapide et stimulent des mécanismes d'adaptation métabolique. Prolongés, ils exposent à la dénutrition et à la malnutrition et ne sont pas compatibles avec une activité physique normale. En fait ils sont rarement supportés longtemps et sont une cause d'échec à moyen terme ;
- à très basses calories (VLCD pour *very low calorie diet*) apportant moins de 800 kcal/j ne devraient être utilisés que dans les situations où l'obtention d'un amaigrissement rapide à court terme est médicalement souhaitable. Qualifiés de « diète protéique » ils sont proposés sous forme de substituts de repas hyperprotéinés complémentés en vitamines et en oligo-éléments. Ce type de régime d'indication exceptionnelle ne peut être administré sans suivi médical. Il peut éviter l'insulino-requérance dans le diabète de type 2, faciliter une intervention chirurgicale programmée, résoudre un problème de résistance à l'amaigrissement. Poursuivi au-delà de quelques semaines, il entraîne une perte excessive de la masse musculaire et de la masse osseuse, des répercussions psychologiques facilitant l'installation de troubles du comportement alimentaire et le rebond pondéral.

• **Les résultats à moyen terme** (1 à 2 ans) de la prise en charge diététique évalués par des études randomisées contrôlées soulignent le pronostic assez mauvais de l'obésité... Ils diffèrent peu, selon que le traitement d'attaque comporte un régime à basses ou très basses valeurs caloriques. Le maintien de la perte de poids ne peut se concevoir sans un programme de surveillance et d'accompagnement fondé sur une alimentation diversifiée, à faible densité énergétique, sans apports interprandiaux, associé à une incitation à l'activité physique et un soutien psychologique.

3. Activité physique

C'est l'un des piliers du traitement de l'obésité, et elle doit faire l'objet d'une prescription. Elle facilite l'amaigrissement en préservant la masse maigre, augmente la

mobilisation de la graisse viscérale abdominale, améliore les facteurs de risque cardiovasculaire et prévient la rechute pondérale. Les modalités de sa mise en œuvre sont individuelles et visent d'abord à lutter contre la sédentarité en fixant des objectifs sur l'activité physique de routine plutôt que sur des exercices programmés ou une activité sportive. Les conseils portent sur l'encouragement à la marche (30 à 60 min/j), notamment lors des déplacements privés ou professionnels en réduisant l'utilisation de la voiture, des ascenseurs – et l'encouragement à la participation d'activités physiques ludiques au sein d'associations. D'une façon générale, il s'agit de transformer les inactifs en actifs tout en prenant en compte d'éventuels handicaps, et de lutter contre l'inhibition vis-à-vis de l'activité en renforçant l'estime de soi et la maîtrise du schéma corporel, de telle sorte que l'activité physique provoque intérêt et plaisir, conditions nécessaires à sa poursuite.

4. Accompagnement psychologique

Il permet d'identifier et de contrôler un certain nombre de facteurs facilitant l'installation de l'obésité et d'atténuer les sentiments de frustration suscités par le traitement et le sentiment de culpabilité né de l'échec. Au-delà d'une relation médecin-malade forte et marquée par l'empathie, une approche psychothérapeutique ou comportementale est souvent nécessaire. La prise en charge psychologique peut aider à accepter des objectifs pondéraux raisonnables, à résoudre des situations génératrices de troubles du comportement alimentaire, à corriger des troubles psychopathologiques associés, causes ou conséquences, à maintenir la perte pondérale, à assumer la douloureuse réalité d'une perte de poids difficile et insuffisante. L'appoint de médicaments psychotropes antidépresseurs ou, plus rarement, anxiolytiques est intéressant pour autant qu'ils sont prescrits dans le cadre bien précis de la prise en charge globale de l'obésité.

5. Approche pharmacologique

L'offre médicamenteuse est restreinte dans l'obésité. Deux molécules seulement sont commercialisées. Elles sont à prescrire, séparément, en cas d'échec des mesures précédentes chez des patients dont l'IMC est supérieur à 30, voire à 27 s'il existe des complications. La durée d'administration préconisée par l'AMM (autorisation de mise sur le marché) est de 2 ans au plus. L'arrêt du traitement est conseillé si la perte de poids est inférieure à 5 %. Idéalement, il serait souhaitable de pouvoir poursuivre un traitement indéfiniment, comme dans d'autres maladies chroniques. En pratique, ces médicaments permettent d'atteindre l'objectif moyen d'une perte pondérale de l'ordre de 10 % maintenue à 1 ou 2 ans, chez 30 à 40 % des patients (contre 10 à 15 % avec un placebo). Leur arrêt est presque toujours suivi d'une reprise de poids si les mesures hygiéno-diététiques n'ont pas modifié durablement le style de vie et les habitudes alimentaires.

• **L'orlistat (Xenical) est un inhibiteur des lipases digestives**, administré avant les repas ; la diminution de l'hydrolyse des triglycérides alimentaires permet une réduction d'un tiers de l'absorption des graisses ingérées et donc une diminution des apports énergétiques. Les effets secondaires à type de stéatorrhée gênante (diarrhée, fuite anale) sont la conséquence de l'excès d'apport en graisses.

• **La sibutramine (Sibutrol) est un anorexigène central** qui agit en inhibant la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. À la dose de 10 à 15 mg/j cette molécule, qui n'est pas une amphétamine, permet d'obtenir une perte de poids comparable à celle obtenue avec l'orlistat. Contre-indiquée en cas de coronaropathie, d'hypertension artérielle mal contrôlée, de troubles du comportement alimentaire sévères ou de glaucome à angle fermé, elle expose à une élévation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque. Elle ne doit être poursuivie au-delà d'un mois que chez les sujets répondeurs (– 2 kg en 1 mois). Sa prescription est réservée aux spécialistes.

• **Les hormones thyroïdiennes, les diurétiques ou les laxatifs ne sont pas des médicaments de l'obésité.** Dangereux, inutiles, ils sont à écarter avec fermeté tout comme les nombreux autres produits alléguant des propriétés amaigrissantes destinées à un public crédule.

6. Chirurgie de l'obésité

Il faut distinguer la chirurgie bariatrique dont le but est de favoriser la perte de poids par une réduction des ingesta ou une diminution de l'absorption, de la chirurgie plastique comportant une ablation du tissu adipeux dans un souci esthétique.

La chirurgie bariatrique est dominée par les interventions réduisant le volume gastrique. La gastroplastie crée un néogastre de petit volume (15 à 50 mL) et réduit l'orifice de vidange. Il en résulte une contrainte augmentant la satiété et empêchant une alimentation normale sous peine de vomissements et de douleurs. Deux techniques sont utilisées :

- la gastroplastie verticale dite en « bande » crée une poche gastrique tubulaire se vidant dans l'autre partie de l'estomac par un orifice calibré ;
- la gastroplastie avec mise en place d'un anneau de silicone gonflable au diamètre ajustable, facilement réalisable sous cœlioscopie, réversible, a la faveur des chirurgiens et des patients.

De nombreuses autres procédures, souvent à risque et mal tolérées, ont été proposées depuis une quarantaine d'années, notamment outre-Atlantique où l'on préfère les techniques de courts-circuits gastriques avec anse intestinale montée en « Y » ce qui a l'avantage (ou l'inconvénient) d'ajouter un degré de malabsorption intestinale avec un *dumping syndrome*.

Quelle que soit la procédure utilisée, la chirurgie bariatrique ne peut être proposée qu'en cas d'obésité sévère (IMC > 40 ou IMC > 35 en présence de complications ou de comorbidités avérées) à des patients ayant fait l'objet d'un suivi prolongé (1 an) préalable par une équipe spécialisée et après échec des mesures conven-

tionnelles bien structurées (diététique, activité physique, prise en charge psychologique, médicaments). Les troubles du comportement alimentaire graves sont une contre-indication car cause d'échec et de complications. L'évaluation préchirurgicale doit être multidisciplinaire. Le patient doit être informé de la nécessité de modifier durablement son alimentation, de la survenue de complications (vomissements, dilatation du néogastre, carence martiale ou vitaminique, dénutrition) et de la possibilité de l'inefficacité (près de 20 % des patients ne perdent pas de poids). Un suivi médical et nutritionnel au long cours est indispensable.

Les résultats à court terme sont parfois spectaculaires (perte de 20 à 40 % du poids initial). Le bénéfice à court terme de la chirurgie de l'obésité sur les complications et les comorbidités a été clairement démontré par une étude prospective. Il est fonction de la perte de poids et de la pertinence de l'indication chirurgicale. Néanmoins, les résultats à long terme restent à évaluer.

La stabilisation du poids après amaigrissement autorise le recours à la chirurgie esthétique ou réparatrice pour pratiquer l'ablation d'un tablier graisseux abdominal ou la liposuction de dépôts adipeux localisés résiduels disgracieux. Ce type d'intervention n'a pas de conséquence sur les complications de l'obésité.

■ Complications du traitement

Les régimes comportant une restriction excessive exposent à des complications psychocomportementales. Ils favorisent les troubles du comportement alimentaire et la survenue d'états dépressifs, rappelant ainsi combien l'alimentation joue un rôle majeur dans l'équilibre d'une personnalité (v. [Pour approfondir](#)).

L'alternance de perte et de reprise pondérales, c'est-à-dire de succès et d'échecs (yo-yo) contribue à induire des troubles de la personnalité avec frustration et culpabilité, et constituerait un facteur de risque de surmortalité. Les régimes prolongés mal équilibrés peuvent être à l'origine de carences et de dénutrition d'autant plus difficiles à reconnaître que l'aspect général reste souvent florissant.

Les complications liées à l'usage des médicaments sont bien connues et imposent leur arrêt.

Celles qui compliquent la chirurgie bariatrique – dénutrition, troubles digestifs majeurs, répercussions psychiques – justifient un suivi régulier et peuvent conduire à une réintervention avec suppression du montage restrictif.

Ces complications expliquent que la perte de poids ne doit pas être prescrite dans tous les cas. Il existe quelques contre-indications absolues ou relatives dont les moins discutées sont les maladies psychiatriques graves non stabilisées, les syndromes dépressifs et les maladies somatiques graves associées. Il n'est probablement pas utile de préconiser une perte de poids chez les sujet âgés. Enfin, il faut convaincre les personnes désireuses de perdre du poids de ne pas le faire lorsque leur indice de corpulence est normal.

■ Stratégie thérapeutique au long cours

La correction de l'obésité, au moins partielle, est fondée sur une action thérapeutique et un accompagnement continu dans le but de maintenir une stabilité pondérale après un amaigrissement jugé médicalement satisfaisant. Le traitement des complications est un autre objectif majeur. Ces priorités ne peuvent être obtenues sans le maintien d'une activité physique significative et la poursuite d'un régime restrictif. En cas d'obésité massive réagissant peu ou insuffisamment aux traitements conventionnels, il reste à discuter l'intérêt de l'option chirurgicale. Une approche psychologique, cognitive et (ou) comportementale peut trouver sa place à chaque étape et ce, quelle que soit la sévérité de l'obésité.

Schématiquement, après la phase de perte de poids d'une durée de 3 à 6 mois, s'installe une phase de stabilisation dont le maintien exige une diminution permanente des apports énergétiques. Cette situation ne peut durer sans une aide combinée médico-diététique, psychologique, et le soutien constant de l'entourage. ■

Points Forts à retenir

- **La prise en charge thérapeutique a pour buts principaux d'empêcher l'évolution de l'obésité, de réduire le poids d'environ 5 à 15 % afin de limiter la fréquence et les répercussions des comorbidités, d'améliorer la qualité de vie et de maintenir à long terme la perte pondérale, sans induire de carences ou de trouble du comportement alimentaire.**
- **Les moyens thérapeutiques sont d'abord d'ordre hygiéno-diététique en préférant les régimes structurés équilibrés et peu restrictifs et en insistant sur la prescription d'une activité physique.**
- **L'accompagnement psychologique ou la mise en place de thérapies psycho-comportementales éventuellement soutenue par des médicaments psychotropes est souvent souhaitable.**
- **L'approche pharmacologique se limite à la prescription d'orlistat, inhibiteur des lipases digestives, ou de sibutral, anorexigène central. La prescription est réglementée et ne peut s'envisager sans une prise en charge globale.**
- **Le recours à la chirurgie est à réserver à l'obésité massive ou compliquée (IMC > 40 ou 35 selon les cas), les patients étant sélectionnés sur des critères bien définis. La technique la plus répandue est la gastroplicie.**

POUR APPROFONDIR

Conséquence de la perte de poids

Les effets à court terme d'une perte de poids sont largement documentés. Elle entraîne une diminution de la mortalité chez les femmes atteintes de comorbidité et contribue à corriger les comorbidités. À titre d'exemple, une baisse pondérale de 10 kg est associée à une diminution de la pression artérielle (10 mmHg pour la systolique et 20 mmHg pour la diastolique), d'une réduction de l'hyperglycémie à jeun de 50 %, d'une amélioration de la dyslipidémie avec réduction du LDL-cholestérol de 15 %, des triglycérides de 30 % et une augmentation modérée du HDL-cholestérol. Une fraction non négligeable des hypertendus et des diabétiques peuvent interrompre leur traitement et ce d'autant plus que la perte de poids est plus importante. Les effets sur la qualité de vie, sur la dyspnée ou le syndrome d'apnée du sommeil sont également marqués alors qu'ils sont plus difficiles à démontrer pour les altérations de l'appareil locomoteur. Globalement, les effets bénéfiques sont observés pour une perte de poids de 5 à 15 % par rapport au poids maximal : il s'agit là de l'objectif thérapeutique recommandé par les experts dans les Recommandations de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).

Les risques liés à la perte de poids sont moins connus. Certaines études ont suggéré que les fluctuations pondérales induites par une succession de régimes (effet yo-yo) favorisaient la surmortalité cardiovasculaire. Elles induisent une résistance à l'amaigrissement. La perte de poids, surtout itérative, augmenterait la fréquence de la lithiase biliaire et de l'ostéoporose, exposerait à des risques de carence vitaminique et faciliterait l'apparition de troubles du comportement alimentaire (notamment chez l'adolescente toujours prompte à s'imposer des restrictions alimentaires).

POUR EN SAVOIR PLUS

Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités, validés par l'ANAES.

Cahier de nutrition et de diététique, 1999 ; 34 (hors série) ou Diabète & Métabolisme, 1998 ; 24, suppl. 2.



Retrouvez
La Revue du Praticien
sur son site Internet
www.33docpro.com